

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



доліхосигмою відносяться облигатні анаеробні бактерії роду *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Bacteroides*, *Peptococcus* і факультативні анаероби та аеробні бактерії роду *Escherichia*, *Proteus*, *Staphylococcus*. Встановлено, що у практично здорових дітей константними є анаеробні бактерії *Peptostreptococcus*, у хворих дітей із доліхосигмою вони займають положення випадкових представників. Крім того, пептокок відноситься до випадкових бактерій у порожнині товстої кишки практично здорових дітей, а у хворих дітей цей умовно-патогенний мікроорганізм посідає константне місце. У дітей із доліхосигмою до випадкових мікроорганізмів відносяться клостридії, окремі ентеробактерії (*Citrobacter*, *Enterobacter*), синегнійна паличка та дріжджоподібні гриби роду *Candida*, а ентерококи взагалі елімінують із біотопу.

Таким чином, за видовим складом, індексом постійності, частотою зустрічання та індексом домінування Бергера-Паркера мікрофлора порожнини товстої кишки дітей із доліхосигмою відрізняється від таких показників мікрофлори практично здорових дітей. У цих дітей настає контамінація порожнини товстої кишки патогенними (ентерококи, сине гнійні ешерихії) та умовно-патогенними ентеробактеріями (ентеробактером, цитробактером, протеями), клостридіями, пептококом, сінною паличкою і дріжджоподібними грибами роду *Candida*.

При мікробіологічному обстеженні мікрофлори вмісту порожнини товстої кишки у дітей із вродженою патологією товстої кишки (доліхосигма) виявляються зміни популяційного рівня та встановлених характеристик. За популяційним рівнем, коефіцієнтом кількісного домінування, кількісною полідомінантністю у дітей із доліхосигмою встановлений виражений дефіцит автохтонних, облигатних для біотопу, анаеробних фізіологічно корисних бактерій роду *Bifidobacterium* на 55,20% (майже на 4 порядки), *Lactobacillus* на 10,63% (на один порядок). При цьому зростає на 9,86% популяційний рівень бактероїдів, на 8,81% – пептокока, на 6,15% – кишкової палички, на 38,73% – стафілокока.

Мікроорганізми, що контамінують порожнину товстої кишки (бактерії роду *Clostridium*, патогенні ешерихії, *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Vacillus* і дріжджоподібні гриби роду *Candida*), досягають помірного та високого популяційного рівня. В результаті перерахованих змін встановлено, що у мікробіоценозі товстої кишки дітей із подовженням сигмовидної кишки (доліхосигма) факультативні анаеробні та аеробні мікроорганізми переважають на 3,57% над облигатними анаеробними бактеріями, а у практично здорових дітей навпаки облигатні анаеробні бактерії переважають на 70,27% кількості факультативних анаеробних та аеробних мікроорганізмів.

Таким чином, у дітей із вродженою патологією товстої кишки (доліхосигма) мікрофлора вмісту порожнини товстої кишки характеризується елімінацією із біотопу ентерококів; контамінацією порожнини товстої кишки патогенними (ентеротоксигенними ешерихіями) та умовно-патогенними (бактеріями роду *Enterobacter*, *Citrobacter*, *Proteus*) ентеробактеріями, дріжджоподібними грибами роду *Candida*. У порожнині товстої кишки дітей із доліхосигмою формується суттєвий дефіцит найбільш фізіологічно корисних автохтонних облигатних анаеробних біфідобактерій і лактобактерій. Зростає популяційний рівень, коефіцієнт кількісного домінування та кількісної полідомінантності в умовно-патогенних бактерій роду *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Staphylococcus*. Вказані вище мікроорганізми, що контамінують порожнину товстої кишки дітей із доліхосигмою, персистують у помірному та високому популяційному рівні і мають помірний коефіцієнт кількісного домінування та кількісної полідомінантності.

Боднар О.Б.

ЛІКУВАННЯ ГІПОСПАДІЇ ЗА МЕТОДОМ SNODGRASS У ДІТЕЙ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет*

Оперативне лікування гіпоспадії залишається актуальною проблемою пластичної урології. Складність корекції даної вади та збільшення потреб в оцінці функційних та косметичних результатів потребують пошуку нових методів одномоментних операцій. Для формування сечовипускного каналу використовуються різноманітні тканини – статевого члена (препуціальний мішок, тканина стовбура статевого члена), м'ясиста оболонка мошонки, піхвова оболонка яєчка, слизова губи та шьоки, венозний аутоотрансплантат. Однак, частота післяопераційних ускладнень складає від 15 % до 45 %.

З 2002 по 2013 роки було оперовано 95 дітей. При виборі способу оперативної корекції враховували форму гіпоспадії, відстань отвору уретри від дистальної ділянки голівки статевого члена, наявність меатостенозу та ступінь викривлення кавернозних тіл.

Дітей з 1 до 3 років – 28, з 4 до 7 років – 36, з 8 до 11 років – 19, з 12 до 15 років – 9, з 16 до 18 років – 3. З дистальною стовбуровою гіпоспадією було 35, середньою – 32 та проксимальною – 28 дітей.

Операції проводили за допомогою мікрохірургічного інструментарію та оптичного збільшення. Виконували уретеропластики за методиками: Mathieu – 17, Duplay – 43 та Snodgrass у власній модифікації – 35 пацієнтам. При операціях Mathieu та Duplay для закриття шкіряного дефекту використовували пластики за Лімбергом А.А. та Yuars. Перев'язки проводили з 3-ої доби після операції з використанням мазі “Трімістін” та 15 дітям із серветками змоченими озонованим фізіологічним розчином. Слід відмітити, що в групі використання озонованого розчину не було нориць.

Запропанована нами модифікація уретеропластики за Snodgrass полягала у наступному. По вентральній поверхні статевого члена електроножом виконували поздовжній послаблюючий розтин на всю довжину уретральної доріжки від меатуса до дистального відділу голівки. Окаймляючим меатус розчином проводили формування прямокутно-овального клаптя на голівку. Виконували формування неоуретри



шляхом тубуляризації прямокутно-овального клаптя на голівку безперервним швом зі вколлом та виколлом голки в дермі (не прокалюючись крізь шкіру). По дорсальній поверхні виконували напівкруговий поперековий розтин шкіри внутрішнього та зовнішнього листків крайньої плоти дистально та проксимально (на 0,3 - 0,5 см нижче согона glandis) зі з'єднанням його на вентральній поверхні. Від шкіри дорсальної крайньої плоти та білочної оболонки “гострим шляхом” відсепарували поверхневу фасцію статевого члена на живлячій ніжці до кореня статевого члена. В поверхневій фасції penis робили отвір та переводили її на вентральну поверхню статевого члена. Дистально фасцію підшивали до розтинів відсепарованої голівки та вентральної білочної оболонки, накриваючи лінію шва сформованої уретри.

Найбільш частими ускладненнями після операцій корекції стовбурової гіпоспадії у дітей були: виражений набряк та гематоми (при операції за Mathieu – 5,88%, за Duplay – 6,98%, за Snodgrass у власній модифікації – 2,86%); некроз шкіряних клаптів та розходження післяопераційної рани (при операції за Mathieu – 11,76%, за Duplay – 9,30%, за Snodgrass у власній модифікації – 2,86%); ротаційне викривлення penis (при операції за Mathieu – 5,88%, за Duplay – 6,98%, за Snodgrass у власній модифікації – не було); стеноз дистального відділу сформованої уретри (при операції за Mathieu – 11,76%, за Duplay – 6,98%, за Snodgrass у власній модифікації – не було) та нориці (при операції за Mathieu – 23,53%, за Duplay – 20,93%, за Snodgrass у власній модифікації – 5,71%).

Таким чином, зміна тактики в обранні способу оперативного втручання дозволила нам знизити кількість післяопераційних ускладнень при лікуванні стовбурових форм гіпоспадії у дітей.

Найбільша кількість ускладнень лікування стовбурової гіпоспадії відмічалася після способу Duplay – 44,19%, при методиці Mathieu – 41,18%, найменшою була при корекції за Snodgrass з використанням поверхневої фасції статевого члена – 11,43%. Основними причинами розвитку післяопераційних ускладнень корекції гіпоспадії є дефіцит шкіряних ресурсів, натяг та гіпоксія тканин, неадекватність обраного способу уретеро- та фалопластики. Операція Snodgrass з використанням клаптя поверхневої фасції статевого члена у дітей може бути рекомендована для більш широкого використання в дитячих урологічних відділеннях при лікуванні стовбурових форм гіпоспадії.

Буряк О.Г.

ЗАСТОСУВАННЯ СТАНДАРТИЗОВАНИХ ШКАЛ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ПРАКТИЦІ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Буковинський державний медичний університет*

В основі принципу госпіталізації пацієнта у відділення інтенсивної терапії лежить тяжкість його стану – компенсація функцій основних систем організму у відповідь на неспецифічну сукупність порушення гомеостазу, яка формує патологічні синдроми, які характеризують прогноз захворювання. При цьому одним із обґрунтованих шляхів покращання наслідків лікування пацієнтів є коректна стратифікація за ризиком летального наслідку через декомпенсацію вітальних систем. На даний час найбільш часто для досягнення даної мети використовують шкали оцінки тяжкості стану, які ґрунтуються на багатомірному аналізі відхилень фізіологічних параметрів організму.

Розроблений цілий ряд інтегральних шкал оцінювання тяжкості стану хворого неонатального періоду: CRIB II (Clinical Risk Index for Babies); SNAP (Score for Neonatal Acute Physiology); SNAP-PE (SNAP Perinatal Extension); SNAP II and SNAPPE II; MSSS (Meningococcal Septic Shock Score); GMSPS (Glasgow Meningococcal Septicaemia Prognostic Score); NTISS (Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System).

Проте серед різноманіття шкал, достатньо складно обрати якусь одну для використання у дітей саме неонатального віку, що підтверджує недосконалість кожної окремо. Тому деякі дослідники рекомендують поєднувати дві шкали, а саме шкалу SNAP II and SNAPPE II та шкалу NTISS. Це зумовлено тим, що шкала SNAP II and SNAPPE II оцінює одночасно гостру неонатальну патологію та оцінює розвиток до гестаційного віку, а шкала NTISS є першою кількісною методикою оцінювання важкості стану, яка створена безпосередньо для відділень інтенсивної терапії (шкала оцінки складності і агресивності лікування). За кордоном все більша кількість неонатальних центрів використовують неонатальну шкалу NTISS. Це зумовлено і тим, що більшість шкал можна використовувати лише на протязі 24 годин після народження дитини, а шкалу NTISS на протязі 14 діб після народження.

I. Mendes, M. de Carvalho, R.T. Almeida et al. (2006) виділяють цілий ряд переваг методики оцінювання тяжкості стану NTISS в неонатології перед іншими: оцінка ступеню тяжкості відбувається 1 раз на добу, ретроспективно, враховуючи всі проведені за добу і ті які використовуються на даний момент заходи інтенсивної терапії; дана шкала ґрунтується на положенні, що незалежно від діагнозу, чим тяжче стан хворого, тим більш інвазивним і травмуючим буде лікування; підрахунок на протязі перших 16 годин перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених дозволить надати класам тяжкості хворих числове значення, причому дана оцінка корельована з тяжкістю стану хворих.

Також почали з'являтися шкали оцінки тяжкості стану новонародженого і в близькому зарубіжжі. Так науковці Н.І. Мельникова та співавт. (2004) розробили власну шкалу оцінки тяжкості стану новонародженого. Вона ґрунтується на тому, що в повсякденній роботі лікар будь-якої спеціальності зазвичай використовує клінічну характеристику оцінки тяжкості стану: задовільне, середньої тяжкості, тяжке, дуже тяжке та вкрай тяжке. У відділенні інтенсивної терапії, як правило, знаходяться діти в тяжкому, дуже